Sobre gramáticas emocionais e violência sexual. Notas a partir de dois casos de interrupção legal de gestação realizados por mulheres com deficiência intelectual[1]

Julian Simões
Universidade Estadual de Campinas - Brasil

Apresentação[2]

O objetivo deste artigo é apontar para como a justaposição do conceito de 'deficiência mental ou intelectual'[3] às figuras jurídicas do 'incapaz' e do 'vulnerável' é efeito de uma estratégia na qual dor, sofrimento e vitimização são formulados como uma tecnologia de gestão. Isso porque, como bem afirma Sarti (2014), essas noções têm se convertido em figuras importantes para acesso a dispositivos de justiça, reparação e garantia de direitos. Além disso, estas categorias estão presentes em parte dos documentos oficiais sobre o enfrentamento à violência contra pessoas com deficiência no Brasil. A fim de demonstrar meu argumento, trago dois casos de interrupção legal de gestação. Um deles é o de uma garota de 13 anos de idade e o outro o de uma mulher de 27 anos de idade. Ambas são pessoas com deficiência intelectual que foram atendidas pelo Ambulatório de Violência Sexual localizado em uma cidade do Estado de São Paulo[4].

O Ambulatório é um espaço interdisciplinar composto por cinco especialidades, a saber: Enfermaria, Ginecologia, Serviço Social, Psicologia e Psiquiatria. A sistematização do Serviço se deu seguindo um fluxo sustentado pela ideia de atenção integral à saúde que representa uma mudança radical em relação ao modelo de atenção médico tradicional. Para essa concepção, a ideia é priorizar atenção primária, bem como retirar do centro do modelo de atuação o papel do hospital e das especialidades médicas. Outro ponto importante para essa concepção é concentrar-se no usuário como um ser integral, abandonando o princípio médico de fragmentação do cuidado que, afirma Fracolli (2011), "transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes" (:1136)[5].

Como me foi explicado pela equipe médica, o primeiro contato das meninas e mulheres com as profissionais de saúde se dá a partir do Pronto Atendimento do Centro de Atenção. Lá elas são atendidas por profissionais da enfermaria que reali-

zam acolhimento, triagem e avaliação do tipo de violência relatada pela 'paciente'. Se identificada violência sexual em meninas não púberes menores de 14 anos ou violência física e/ou psicológica em crianças ou adolescentes, essas são encaminhadas ao Pronto Atendimento da Pediatria do Hospital. Se identificada violência física e/ou psicológica em mulheres adultas, sejam ou não menopausadas, essas são encaminhadas ao Pronto Socorro Adulto do Centro de Saúde em que fiz minha investigação.

Contudo, quando identificada violência sexual em mulheres pós-púberes, mulheres que entraram na fase da menopausa ou meninas não púberes maiores de 14 anos, essas são avaliadas por médico especialista e enfermaria. O objetivo, afirmavam as médicas, é qualificar e determinar o tempo decorrido do episódio da violência até a chegada da atendida ao Serviço. Tal fato se justifica devido ao tratamento profilático a ser adotado. No caso de mulheres que chegaram ao hospital em até 5 dias após a violência sexual, são realizados os seguintes procedimentos: 1) exames físicos e ginecológicos e, se possível, coleta de material forense; 2) anticoncepção de emergência; 3) quimiprofilaxia ABR; 4) sorologia HIV e DSTs, bem como outros exames bioquímicos pertinentes; 5) vacina gamablobulina; 6) atendimento psicológico e social; e 7) agendamento de retorno ambulatorial. Nos casos de mulheres que chegaram ao hospital decorridos 5 dias do episódio de violência sexual, são adotados os seguintes procedimentos: 1) exames físicos e ginecológicos; 2) teste rápido de B-HCG urinário para suspeita de gravidez; 3) sorologia HIV e DSTs, bem como outros exames bioquímicos pertinentes; 5) atendimento psicológico e social; 6) agendamento de retorno ambulatorial.

Dessa maneira, assim que elas chegam ao atendimento imediato do Centro de Saúde e relatam a situação de violência sexual, são realizados todos os procedimentos de profilaxia acima indicados. Conforme também descrevi nas páginas anteriores, somente em um segundo momento é que as meninas e mulheres são encaminhadas para o Ambulatório. Por ser um atendimento em caráter especial e não obrigatório, cabe às mulheres em situação de violência decidirem se seguem ou não o acompanhamento. De qualquer maneira, após optarem seguir no serviço ambulatorial, no primeiro dia elas passam por todas as cinco especialidades acima mencionadas. Nas consultas subsequentes, as meninas e mulheres passam apenas pelas consultas que foram agendadas.

Acompanhei as discussões dos casos pela especialidade da Psiquiatria, contudo, vez ou outra, mantive contato com a Assistência Social. O Protocolo criado pelo

Serviço do Centro de Saúde recomenda que as meninas e as mulheres fiquem em acompanhamento médico por 6 meses. Esse tempo tem a ver com segmento Sorológico e não por questões de saúde mental ou demais protocolos Psiquiátricos. Como presenciei várias vezes, algumas da 'atendidas' recebiam alta médica da psiquiatria, porém continuavam a frequentar o Ambulatório em outras especialidades. Na psiquiatria eram realizadas entre 1 e 4 consultas. Segundo o protocolo criado por essa especialidade, o ideal é que todas as mulheres passem por ao menos 2 consultas, sendo 1 consulta no primeiro dia de ambulatório quando elas passam por todas as especialidades e 1 consulta que chamam de retorno de segurança. Evidentemente que o número de consultas varia com a necessidade de cada uma das 'pacientes'.

Por questões éticas, eu não tive acesso às meninas e mulheres em situação de violência e, tampouco, aos seus Prontuários Médicos. Dessa maneira, minha estratégia foi acompanhar a leitura e a discussão dos casos pela especialidade da psiquiatria. Assim, os dados recolhidos advêm das informações descritas nos referidos prontuários, mas que são narradas pelos e pelas residentes psiquiatras[6]. Esclarecidos esses pontos iniciais, apresentarei nas seções seguintes os dois casos de interrupção legal de gestação, bem como as tecnologias de gestão operadas pela 'vitimização' dessas meninas e mulheres em situação de violência sexual que, nem sempre, se identificam ou se dizem vítimas. A ideia é explicitar a ambivalência de garantir direitos e de impossibilidade do exercício desses mesmos direitos por mulheres assignadas com deficiência.

Sobre afetos, narrativas de violência sexual e pedidos de abortamento legal

Antes de iniciar as narrativas, se faz necessário uma pequena consideração a respeito dos episódios aqui apresentados. Penso ser importante reforçar que nos dois eventos de violência sexual narrados, além das discussões advindas do atendimento pré-abortamento, acompanhei as discussões realizadas pós-interrupção de gestação que foram atendidas pelas e pelos residentes. Dessa maneira, é importante ter em mente que as situações descritas também foram produzidas a partir de meu esforço narrativo. Os termos técnicos, as enunciações a partir da forma-formulário (NADAI, 2018) das fichas de avaliação e os engajamentos emocionais da equipe (e os meus também) são os principais elementos que compõem minha descrição dessas situações. Também é preciso enfatizar que a coerência e a aparente linearidade da

sucessão dos acontecimentos foram produzidas a fim de organizar as várias vozes fragmentadas durante os atendimentos e discussões.

Afirmo isso porque nem sempre eram os mesmos residentes que atendiam as meninas em mulheres em situação de violência. Dessa maneira, as fichas de avaliação elaboradas na primeira consulta serviam de referência para todos os médicos que viessem a atender alguma dessas mulheres. Já a evolução do caso, os novos desdobramentos do episódio da violência ou mesmo dos antecedentes clínicos da 'paciente' comumente eram relatados nas consultas subsequentes. Tendo em conta esse aspecto fragmentário do próprio caso clínico em sua elaboração e desenvolvimento, organizei e produzi as duas narrativas das situações de violência sexual tal como apresento aqui. Em outras palavras é dizer que essas narrativas são um efeito etnográfico (Strathern, 2014). São formas descritivas que visam ampliar o escopo de análise dos meus argumentos, já que a singularidade de cada caso mobiliza o repertório compartilhado pela prática médica e também o repertório sociojurídico que se justifica a partir de uma gramática emocional. Por isso, como afirma Strathern (2014), minha "questão não é simplesmente como trazer certas cenas à vida, mas como trazer vida às ideias" (:175).

Laura[7]

Diferentemente da maioria de outras meninas e mulheres que frequentavam o serviço do Ambulatório de Atendimento Especial, Laura tinha um Prontuário Médico bastante extenso. Com 27 anos, a mulher parecia conhecer bem a praxe de um Hospital. Segundo a residente, a *'paciente'* fazia acompanhamento no Centro de Saúde desde que tivera seu diagnóstico de *'retardo mental'* confirmado. Por isso, ela não estava tão deslocada e assustada com a rotina de espera, consultas e exames, bem como com os característicos cheiros, sons e cores de um hospital. O Prontuário Médico de Laura registrava uma história institucional que ia além do caso em questão. A residente, sem tempo hábil para ler toda a volumosa pasta, iniciou sua narrativa enunciando algumas das informações repletas de termos técnicos[8]. Conforme avançava a narração, descobrimos que Laura vivia com a avó, era diagnosticada com *'retardo mental de gravidade não especificada'*[9]. Descobrimos também que passava por acompanhamento psicológico, que não era alfabetizada, apesar de saber assinar seu próprio nome e ser copista.

Já a descrição da situação de violência foi narrada com mais atenção e continha informação de várias vozes. Devido à sua condição *'especial'*, a avó, a tia e a própria

Laura relataram o que havia passado. Durante a discussão do caso foi enfatizada a timidez da mulher, a fala pouco elaborada ainda que suficiente para contar o ocorrido e destacado que a vivência do episódio de violência como algum ruim, mas não traumático. Seu sono, apetite e sua disposição física foram pouco alterados, afirmou a residente. No entanto, o fato de se encontrar em um Hospital e ter ouvido palavras como *'internação'*, *'gravidez'* e *'explicar o procedimento'* a deixou bastante ansiosa. Segundo o que me foi narrado durante a discussão do caso, a ansiedade se justificava por Laura não estar segura de que a avó, pessoa com quem morava, estava ciente do que pudesse passar com ela.

Em conversa com a avó da mulher de 27 anos, a assistente social nos informou que esta se sentia culpada pelo que ocorreu com sua neta. Ainda segundo a assistente social, desde o nascimento da neta, ela sempre fora muito participativa na vida da garota, mesmo quando esta vivia com o pai na cidade de São Paulo. Participação que fora intensificada quando a neta passou a residir com ela 12 anos atrás. A avó de pronto sabia informar quais remédios e quais as horas em que cada um deles deveriam ser ministrados à neta. Sabia também que esses mesmos medicamentos embaralhavam o ciclo menstrual de Laura e, por isso, a atenção a essa esfera da vida da neta devia receber cuidado especial. Exatamente por tal motivo, não foi difícil intuir que um atraso menstrual de dois meses indicava uma gravidez. Estava segura disso, afirmou a residente, porque, semanas antes, a neta havia lhe contado sobre as 'coisas estranhas' que o vizinho Joaquim lhe fizera na ocasião em que esteve sozinha em casa.

A partir de um esforço de sistematização das várias e fragmentadas vozes registradas na ficha de atendimento imediato a mim descritas, a médica residente iniciou sua narrativa sobre a situação de violência em questão. Segundo o que foi exposto, a avó de Laura havia ido à festa de aniversário de uma conhecida do bairro e deixado a neta sozinha em casa por algumas horas. As tais *'coisas estranhas'* enunciadas pela *'paciente'* de 27 anos, afirmou a residente, incluíam carícias, brincadeiras e jogos em que os perdedores precisavam tirar, aos poucos, as peças de roupas que vestiam. Contudo, enfatizava a médica dando destaque à fala de Laura, a mulher garantiu que o vizinho não lhe havia machucado. O vizinho, afirmou a avó à assistente social, era casado, pai um de uma menina com 4 anos de idade e sempre muito prestativo com as pessoas. Até o episódio, nunca dera indícios de que poderia cometer um ato de violência sexual contra alguém *'incapacitado'* por sua condição de *'deficiente'*.

Por conta de tal situação, Laura estava grávida e necessitava fazer um processo

de *'interrupção legal de gestação'*. A avó, assumia todas as reponsabilidades de cuidado emocional e econômico da neta. Por isso, afirmou à equipe médica que ela não tinha mais idade, condições emocionais e financeiras para cuidar de um novo membro na família. Assim, a mulher acreditava que a melhor decisão a ser tomada era o aborto. Sem titubear, afirmou a assistente social, a avó da paciente registrou Boletim de Ocorrência e acreditou ter tomado todos os procedimentos legais necessários para dar fim ao caso iniciado pela situação de violência sexual sofrida pela neta.

Já a residente, nos narrou o que foi dito em consulta por Laura. Segundo conta, a mulher de 27 anos estava vendo seu programa de televisão favorito quando ouviu alguém chamar à porta. Vendo que era Joaquim, Laura o convidou para entrar para que conversassem um pouco. Tempo depois, contou a mulher à residente, o vizinho e ela passaram a realizar um jogo. No começo, seguiu narrando a médica, Laura disse ter achado tudo muito divertido, já que as cócegas realizadas por Joaquim a faziam rir. Depois, confessara a mulher, não gostou muito de ter que tirar a roupa e de sentir o bigode e a barba do vizinho roçando em seu corpo. Também não lhe agradara o desconforto vaginal que ela sentiu quando Joaquim se deitou por cima dela e fazia alguns desconfortáveis movimentos. Ainda assim, garantia Laura, ele não a machucou e não manteve relações sexuais consigo. Tal narrativa contada pela residente de psiquiatria deixou claro à equipe médica que a garota não sabia o que de fato era uma relação sexual.

Durante as demais consultas, a equipe médica me informou o que havia sido explicado pela tia sobre o quão sofrido era para a avó cuidar de Laura. Segundo a tia, desde o momento em que a paciente passou a viver com sua mãe, o irmão, pai de Laura, deixou de se responsabilizar economicamente pela garota. A tia contou ainda que com a mãe da garota nunca se pode contar emocional, física ou economicamente. Segundo ela dizia, havia fortes suspeitas de que a mãe da moça fosse, ainda que em grau menor, *'incapaz'* e *'deficiente mental'* como Laura. De todo modo, isso não impedira de que a mulher se casasse novamente e tivesse mais duas filhas pequenas com as quais Laura adorava brincar. Por fim, contou à equipe que a garota ajudava a avó nos afazeres do lar, bem como participava de oficinas para pessoas com *'necessidades especiais'* do bairro onde viviam.

A equipe me disse que a *'paciente'* havia confirmado toda a história contada pela tia. Porém, quanto à decisão do abortamento, Laura parecia mais ambivalente e dizia que não estava segura de que o melhor para si seria realizar o aborto. A residente enfatizou que durante as consultas, a mulher pareceu bastante *'pueril'*

e dizia que gerar uma criança parecia algo prazeroso, já que ela via tantas pessoas felizes quando descobriam uma gravidez. No entanto, quando a equipe do Centro de Saúde explicou todas as responsabilidades que uma gestação implicava, Laura disse que talvez houvesse demasiada responsabilidade. Disse também que a chegada de uma criança dificultaria seus passeios, suas brincadeiras com as irmãs mais novas, assim como sua participação nas oficinas que tanto gostava. Desse modo, me disse a equipe médica, foi pesando os prós e os contras, mas também levando em consideração o desejo de sua avó, que Laura se convenceu de que a melhor escolha era pela *'interrupção da gestação'*.

Passados alguns dias, foi-me informado que o pedido de *'interrupção legal de gestação'* de Laura havia sido aprovado. Contaram-me ainda que houve uma explicação detalhada sobre o que se passaria, enfatizando que a internação ocorreria em data agendada e que assim ela poderia avisar à avó. Fato esse, sublinhou a equipe médica, bastante importante para a mulher que sorriu e se sentiu mais aliviada ao ouvir tal informação. Já a explicação sobre os procedimentos técnicos parecia mais distante da compreensão por parte da *'paciente'*. Ainda assim, disseram a Laura que ela estava grávida de 12 semanas, que sentiria algumas dores e que seria acompanhada durante todo o procedimento por profissionais do hospital. Nas demais consultas pós-abortamento, fui informado que Laura somente chorou quando, no final do processo, viu o pequeno feto fora de seu corpo. Por fim algo me pareceu interessante nessa história. Apesar de bastante envolvidos e dedicados ao caso, o engajamento com a história de Laura não foi unânime. Por isso, intuí que sua condição de pessoa com deficiência intelectual não ressoava tanto nas e nos residentes como ressoou o caso de Maria, que narrarei a seguir.

Maria

Dessa vez não havia choros estridentes, ruídos de ventiladores ou mesmo vozes sussurradas de mulheres que esperavam ser atendidas. Não havia enfermeiras chamando insistentemente por algumas das *'pacientes'*. Igualmente não havia um painel que, abruptamente, apitava chamando por um número de identificação e tampouco havia televisões emudecidas. Diferentemente das demais *'atendidas'*, Maria, de 13 anos de idade, não estava fisicamente no Ambulatório para as habituais consultas. A equipe médica e eu já havíamos discutido outros casos, contudo, foi apenas com a chegada da história da garota que uma espécie de comoção generalizada mobilizou a atenção e o envolvimento tanto da equipe como o meu.

Internada na obstetrícia do Hospital, Maria compareceu ao serviço ambulatorial por meio de seu Prontuário Médico. A garota, como me foi narrado, estava ali materializada em palavras. Estas, por sua vez, estavam acompanhadas de termos médicos que diziam muito sobre o quadro de saúde da garota. Segundo narrou a equipe, diagnosticada em seu nascimento como *'Retardo Mental Leve'* e *'Paralisia Cerebral'*[10] do lado direito, Maria vivia com sua mãe, com seu irmão mais novo, de 10 anos, e com seu irmão mais velho, de 16 anos. Por seu delicado estado de saúde, uma dupla camada de cuidado continuamente lhe fora destinada, enfatizou a residente da psiquiatria. Segundo me contou a equipe do Ambulatório, a mãe da garota de 13 anos disse que desde muito pequena, a saúde da filha apresentara um quadro elevado de *'fragilidade'*, bem como ela havia perdido as contas dos inúmeros episódios convulsivos que a filha passara ao longo dos anos. As responsabilidades de cuidado todas eram realizadas por ela, já que o pai alcoolista os abandonou pouco depois do nascimento de filho mais novo.

Não bastasse o complexo quadro de *'vulnerabilidade'* e *'incapacidade'*, conforme narrado e registrado nas fichas do Prontuário, a garota fora trazida ao Hospital por sua mãe com uma gravidez bastante adiantada. A equipe informou que todos os exames pelos quais a *'paciente'* passou lhe causavam crises de choro e também a assustavam. Bastante sensibilizadas e envolvidas, as profissionais pacientemente acalmavam a garota quando uma crise dessas era iniciada. Na narrativa realizada sobre o episódio de violência vivenciado por Maria, as palavras descritas pela equipe pareciam retratar uma espécie de situação improvável mesclada com outra situação impossível. Segundo o que me foi descrito, a mãe da garota contara que havia deixado sua filha e seu filho mais novo brincando em um dos cômodos da casa enquanto realizava alguns dos afazeres domésticos. Percebendo que já se passava algum tempo em que os filhos estavam *'sozinhos'*, mas também com o silêncio atípico para crianças naquela idade, decidiu ir até o quarto. Para sua surpresa, afirmou a mulher aos médicos, ela se deparou com o filho mais novo de calça abaixadas em cima de sua filha Maria. Angustiada, relatou durante o atendimento de urgência descrito na ficha, ela tentou de todo o modo esquecer o que presenciara.

Segundo uma das assistentes sociais, a mulher instruiu os filhos que não contassem o episódio para mais ninguém, nem mesmo para o irmão mais velho de 16 anos, que não estava em casa na hora do ocorrido. Porém, narrou a assistente visivelmente sensibilizada, alguns dias depois o esforço por esquecer o ocorrido foi abruptamente interrompido. Pelo segundo mês consecutivo, Maria não mens-

truou. Segundo a equipe, a mãe da garota sabia que por conta dos problemas de saúde, assim como pela quantidade de remédios que a filha tomava, era comum certa desordem no clico menstrual da menina. Mas nunca a desordem superou o período de dois meses. Assim, logo intuiu que algo de errado podia estar se passando com a filha. Conforme foi narrado, a mulher levou algum tempo para tomar qualquer decisão, já que uma espécie de paralisia emocional tomou conta de seus pensamentos. Segundo afirmara para a equipe do ambulatório em algumas das consultas, foram necessários alguns dias até que começasse a tentar pensar no que poderia fazer. Ela disse ter atrasado qualquer tomada de decisão o quanto pôde, mas a barriga da filha podia crescer e denunciar a possível gravidez que tão veementemente ela queria esconder.

Depois de tomada a decisão, a mulher contou à equipe que a filha e ela seguiram o caminho para o Hospital. O filho mais velho, afirmou a mãe de Maria à assistente social, nem imaginava a complicada situação pela qual a família estava passando. Já o filho mais novo, aquele que se convertera no *'agressor'*, tampouco sabia que havia engravidado a própria irmã. No hospital, a confirmação da gravidez somente aumentou o problema que viviam. Segundo a médica residente, a mãe da garota fora logo informada dos procedimentos legais que necessitava realizar caso decidisse pela interrupção legal da gestação da filha. No entanto, afirmou a mulher em consulta, registrar um boletim de ocorrência contra o seu próprio filho não era uma decisão fácil. Além do mais, dizia ela, estava crente de que um registro como esse podia colocar em risco a única fonte de renda com a qual se mantinham, ou seja, o Benefício de Prestação Continuada (BPC)[11] concedido à filha.

Já a equipe médica tinha inúmeros dilemas técnicos a enfrentar. Nas discussões que presenciei, a equipe sabia que precisava tomar uma decisão institucional delicada que envolvia dois *'sujeitos vulneráveis'*. Os procedimentos adotados pela equipe do Hospital e do Centro de Atenção, explicados a mim com a mesma atenção que explicaram à família, consistia primeiramente em confrontar as narrativas de mãe e filha, a fim de se certificarem da coerência da história. Logo perceberam que, guardadas as devidas diferenças dos modos de narrar, os fatos contados eram fundamentalmente os mesmos. Por longas e exaustivas horas, discutiram a delicada situação emocional enfatizando a mudança na qualidade do sono, as alterações no apetite, os sintomas de ansiedade, os sintomas de *'sofrimento psíquico'*, assim como a saúde física da garota, em uma reunião. Conforme foi narrado em discussão por um dos médicos da obstetrícia, foram realizados todos os exames físicos para asse-

gurar a viabilidade de um procedimento de interrupção. Ainda segundo o médico, também se certificaram de que todos os procedimentos legais para a realização de tal processo fossem cumpridos.

Vale lembrar, como me disseram, além de *'deficiência mental'*, a garota era menor de idade, o que implicava lidar com uma normativa específica que precisava ser cumprida à risca[12]. Categorias médicas e jurídicas precisavam dizer as mesmas coisas, o que explica as várias menções que escutei durante a elaboração das fichas de termos como *'vulnerável', 'incapaz', 'retardo mental', 'tutelado'*. Somado a esses procedimentos, foi realizado um cuidadoso exame psiquiátrico em Maria, bem como explicaram à garota os procedimentos, as possíveis dores e outras manifestações físicas decorridas do aborto. Durante todo o processo, que durou pouco mais de uma semana, ambivalente, a garota chorava e ora dizia querer realizar, ora não queria realizar a interrupção. As alterações no sono, do apetite e mudanças na rotina da 'paciente' foram constantemente reforçadas nas narrativas da equipe.

Já a mãe, afirmaram alguns dos médicos com que discuti o caso dias depois, não via a hora de que tudo aquilo acabasse. Foi-me narrado que, um pouco desorientada, Maria chorava muito e reclamava das dores durante todo o procedimento. Só conseguiu se sentir mais tranquila depois que o feto de pouco mais de 500 gramas já não se encontrava mais em seu corpo. Após o procedimento, Maria permaneceu mais calada e um pouco chorosa. Um pouco mais aliviada, porém visivelmente afetada pela situação, contou-me uma das assistentes sociais também muito sensibilizada, a mãe não tinha tempo para se tranquilizar. Ela agora precisava criar uma estratégia para dividir os cuidados entre a filha com deficiência intelectual, que havia passado por um procedimento de aborto, e o filho de 10 anos que além das crises convulsivas, apresentava um quadro psicológico bastante singular.

Categorias justapostas e suas gramáticas emocionais

Os casos de Laura e Maria ajudam a formular como o sofrimento e a vitimização se tornam um idioma pelo qual alguns direitos são acionados. Mais, como o sofrimento e a vitimização passam a ser fundamentais para que alguns direitos sexuais e reprodutivos sejam justificados e reconhecidos não em sua positividade, mas em sua negatividade. Segundo Corrêa (2006), a positividade dos direitos sexuais e reprodutivos indicaria que Laura e Maria teriam garantido o direito de interrupção legal de gravidez, caso assim o desejassem. No entanto, como os direitos sexuais foram formulados a partir de sua negatividade, o exercício destes direitos indica que o

aborto só pode ser realizado quando o bem jurídico da dignidade sexual, e não a própria pessoa, é violado. Assim, nos dois casos se faz uso de uma economia moral (Fassin, 2012, 2014) em que dor, sofrimento e tristeza se convertem em uma linguagem mediante a qual o direito de interrupção de gravidez se converte em uma possibilidade.

Tal formulação pode parecer um pouco deslocada, contudo, penso que faz sentido quando se pensa na maneira como o procedimento de *'interrupção legal de gestação'* é autorizado no país. Segundo o Código Penal, não se configura crime a interrupção de gestação em situações de violência sexual, de risco de morte da mãe ou, mais recentemente, em casos de anencefalia[13]. De fato, tanto Laura como Maria se encaixariam na condição de *'mulher em situação de violência sexual'* e por isso poderiam realizar legalmente a interrupção de gravidez. Contudo, as possíveis repreensões morais e a questão da ambiguidade jurídica em que elas se encontram (são pessoas em situação de 'curatela'), fizeram fez com que a decisão passasse por artifícios narrativos que reforçavam e justificavam também por uma economia moral a realização do aborto.

Maria, além de uma pessoa com deficiência intelectual, é uma criança. Isso implica que, do ponto de vista legal, existe uma legislação específica por meio da qual seus direitos são regulados, ou seja, o ECA. Desta forma, a *'tutela'*, e não a *'curatela'*, é o instituto jurídico ao qual ela está submetida. Entretanto, tanto a 'curatela' como a 'tutela' constroem alguém como *'vulnerável'* e *'incapaz'*. Além disso, as concepções morais sobre a infância constroem uma representação em que inocência e pureza são as principais características desse período da idade. Por isso, uma situação de gravidez decorrida de um episódio de violência sexual se converte em uma situação que gera uma unanimidade. A gravidez só trará *'dor'* e *'sofrimento'* para a menina. Mais, a *'dor'* e o *'sofrimento'* decorrentes da violência extrapola o corpo de Maria e se direciona também a todos os seus familiares. Essa é uma estratégia que constrói a figura da *'vítima'* no corpo que sofre, mas também na relação que esse corpo que sofre cria com as demais pessoas (Fonseca & Maricato, 2013). Vitimizar Maria e também seus familiares é uma maneira de justificar moralmente o aborto realizado. Além disso, vitimizar Maria é também extrapolar a condição de pessoa com deficiência para todas as relações que ela estabelece.

Laura também é uma pessoa com deficiência intelectual e, por isso, está submetida ao *'instituto jurídico da curatela'*. Isso quer dizer, que tal situação poderia atrapalhar a realização do abortamento legal, uma vez que a mulher é marcada por

pelo menos três categorias sociojurídicas que têm implicações distintas. *'Deficiência mental'* é uma categoria que descreve uma condição de saúde de pessoas independentemente da idade e que possua algum tipo de *'comprometimento'*. *'Incapacidade'* é uma categoria que descreve a não capacidade de pessoas (com ou sem deficiência intelectual) em decidir sobre os seus próprios atos, sejam eles políticos, civis, sexuais ou patrimoniais. Eis o caso de crianças e adolescentes, bem como o caso das pessoas que são chamadas de *"deficientes intelectuais"*. *'Vulnerável'* é uma categoria das mais complexas, já que tem uma variedade imensa de definições e utilizações. De qualquer maneira, na articulação saúde e conceitos sociojurídicos, 'vulnerável' é uma pessoa ou um grupo de pessoas em que a possibilidade de escolha é severamente limitada, sujeitas frequentemente à coerção em sua decisão.

Pelo Código Civil Brasileiro de 2002, todas essas categorias têm implicações distintas que vez ou outra se cruzam e acionam direitos e deveres específicos. Esses cruzamentos se dão, sobretudo, nos processos de *'interdição'* referentes ao *'instituto jurídico da curatela'*. É bem verdade que a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) nº 13.146/2015 acrescentou um novo dispositivo sociojurídico denominado *'Tomada de Decisão Apoiada'*. Esse acréscimo ocasionou uma reconfiguração de todo o *'Regime de Incapacidades'* do Código Civil Brasileiro. Explico. Anteriormente à promulgação da LBI, existiam as figuras da *'tutela'* e da *'curatela'*. A essas estavam coladas as figuras da *'incapacidade relativa'* e da *'incapacidade absoluta'*. Trocando em miúdos, a *'tutela'* era um instituto que cessaria após os 18 anos, já que seu objetivo era garantir e proteger o desenvolvimento social e psicológico dos que a ela estavam submetidos[14].

Quanto à *'incapacidade'* há uma disputa de interpretação entre os operadores da lei. Alguns afirmam ser o *'tutelado'* um *'incapaz absoluto'* e outros garantem ser o *'tutelado'* um *'incapaz relativo'*, em especial no que tange à sexualidade destes. Igual procedimento se dava com a *'curatela'*. No entanto, os submetidos a esse instituto jurídico eram maiores de 18 anos e deviam passar por um processo de *'interdição'*, para que a eles fossem destinados *'curadores'*. Ainda que a recomendação dos ordenamentos jurídicos fosse levar em conta a *'incapacidade'* dos sujeitos (relativa ou absoluta), a maior parte das vezes, as decisões colavam *'curatela'* à *'incapacidade absoluta'*.

Com a promulgação da LBI em 2015, há uma mudança substancial nesse complexo jogo de *'capacidades'* e *'incapacidades'*. Os *'absolutamente incapazes'* somente seriam os menores de 16 anos (Art. 3º do CC, 2002 NR). Os *'relativamente incapazes'* são os maiores de 16 anos e os menores de 18, os chamados *'ébrios naturais e os viciados em tóxicos, os que por causa transitória ou permanente não puderem exprimir sua vontade e*

os pródigos' (Art. 4º do CC, 2002 NR). Nota-se que tanto a *'enfermidade ou deficiência mental'* (Art. 3º) como os chamados *'excepcionais sem desenvolvimento mental completo'* (Art. 4º) são tornados *'capazes'*. Isso porque, o novo *'instituto de Tomada de Decisão Apoiada'* garante a *'capacidade civil'* assistida por apoiadores escolhidos pela pessoa a ser apoiada. Essa nova forma de conceber as pessoas com deficiência intelectual ainda é um tanto nebulosa. A polêmica entre os especialistas e os operadores da lei foi tamanha que há um projeto de lei que visa operar uma nova mudança na teoria das incapacidades[15]. No entanto, não detalharei essa polêmica aqui.

O que busco indicar com os dois casos é que as categorias sociojurídicas parecem perder suas especificidades e se justificam a partir de uma gramática emocional. Assim, noções como dor, sofrimento e vitimização criam uma gramática de sentidos mais eficiente para justificar alguns direitos a serem acionados, como é o caso dos direitos sexuais e reprodutivos nessas situações de abortamento. Desse modo, quando o *'sofrimento'* e a figura de *'mulher vítima'* se cruzam, acabam por se transformar em um idioma de inteligibilidade entre o campo médico e o campo sociojurídico. Em outros termos, é dizer que todas as diferenças médico-jurídicas são significadas nesse processo como semelhanças. Assim, mulher com *'deficiência mental'* que é *'curatelada'*, *'mulher incapaz'* e *'mulher vulnerável'* são descrições de uma mesma condição de existência, ou seja, a *'mulher com deficiência vítima de violência sexual'*.

Foi criando a figura incontestável de *'vítima'* que faz sofrer seu próprio corpo e que faz sofrer o corpo de seus familiares, bem como as relações que estabelecem com estes, que se constrói e se legitima o acesso de Laura e Maria ao abortamento legal. Preocupadas pela possibilidade de não realização de um aborto legal já garantido por lei, a equipe descrevia os efeitos políticos do sofrimento na vida dessas pessoas. Foi demarcando o peso financeiro, mas também emocional, de mais uma pessoa na família que teria de ser ajudada pela mãe de Maria ou pela avó Laura que se justificou o aborto. Foi explicitando o sofrimento que as duas mulheres passaram com toda a situação de violência sexual que o aborto foi legitimado. Foi reforçando a dor de uma memória traumática na vida de todos os envolvidos nas relações ordinárias que gravitavam em torno da vida das mulheres que se justificou o aborto. Enfim, foi articulando o sofrimento e a vitimização como categorias úteis que os direitos sexuais já garantidos foram acionados na ocasião.

É bem verdade que técnicas de gestão pela dor e sofrimento ou as técnicas de governos pela figura da vítima têm sido analisada por diversos pesquisadores[16]. Em um primeiro momento, minha investigação parece se somar a esses esforços. No

entanto, tenho me debatido com algumas questões bastante específicas do campo da deficiência que parecem me ajudar a pensar outros horizontes (ainda incertos). O que chamo de tecnologias de gestão a partir da figura da vítima com deficiência intelectual é, em realidade, um conjunto de técnicas de controle bastante diversas. Uma delas tem a ver com o regime de cuidado e proteção que é visibilizado pela figura da vítima. Cuidar e proteger as mulheres em situação de violência é o horizonte de todo o atendimento realizado pelo serviço.

No entanto, ao vitimizar as *'atendidas'* no ambulatório, também são protegidas as famílias das atendidas que não serão responsabilizadas econômica e moralmente por abandono, descuido ou negligência. É protegida a equipe médica de repreensões morais e legais de autorizarem e concretizarem procedimentos de interrupção legal de gestação, haja vista a enorme polêmica que envolve o assunto de abortamento no país[17]. Dessa maneira, ao justificarem via dor e sofrimento um procedimento envolto em tantas polêmicas, penso que se cria uma camada de proteção adicional a esses profissionais que fazem esses procedimentos, ainda que estes sejam realizados de acordo com todos os preceitos legais.

Por outro lado, vitimizar explicita os dilemas e paradoxos que envolvem a ampliação dos direitos à sexualidade para uma população socialmente tomada como *'vulneráveis'* e *'incapazes'*. Por um lado, garante e protege que mulheres com deficiência intelectual possam exercer seus direitos. Por outro, vitimizar é retirar a agência dessas mesmas meninas e mulheres que são protegidas e garantidas. Tendo em conta a delicadeza desse tema, assim como as moralidades que envolvem esse processo, a vitimização tem sido uma estratégia de proteção a possíveis repreensões morais. No entanto, a vitimização também explicita uma complexa técnica de gestão de corpos, direitos e sexualidades. Dessa maneira, mais do que ser uma solução é o início de inúmeros outros dilemas que ainda precisam ser enfrentados para que a condição de sujeitos de direitos possa ser plenamente exercida por pessoas com deficiência intelectual.

Recebido:13/02/2019
Aprovado: 14/05/2019

Julian Simões é doutor em Ciências Sociais e Mestre em Antropologia Social pela Universidade Estadual de Campinas. Membro do Núcleo de Estudos de Gênero (PAGU), do Ateliê de Produções Simbólicas e Antropologia (APSA) da UNICAMP, do GESD/NAU da USP e do Grup de Treball en Discapacitat i Antropologia do Institut Català d'Antropologia. Desenvolve pesquisas nas temáticas de deficiência, violência sexual, direitos sexuais e reprodutivos e ordenamentos e práticas jurídicas. ORCID: 0000-0002-3252-893X. Contato: julian_sociais@yahoo.com.br

Notas

1. A investigação que deu origem a este artigo foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 14104/2014-7, e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2015/19346-0 e processo nº 2016/16682-1. Diante dos ataques recentes que as Universidades e as Instituições Públicas de amparo à pesquisa e desenvolvimento científico vêm sofrendo, importa enfatizar que sem tais aportes financeiros, nada do aqui apresento seria possível. Produção de conhecimento e pesquisa científica necessitam de investimento e não corte ou qualquer tipo de contingenciamento de verba.

2. Agradeço a Maria Filomena Gregori, Larissa Nadai, Cilmara Veiga, Juliana de Farias Mello e Souza, Carolina Branco de Castro Ferreira, Rafael Nascimento César, Ana Laura Lobato, Carolina Parreiras Silva, Cynthia Andersen Sarti, Guita Grin Debert e Claudia Fonseca, pelas leituras e sugestões em diferentes fases do texto que originou este artigo.

3. Este artigo adotará as seguintes padronizações de categorias: 1) grafados em itálico e aspas simples dizem respeito ao modo como minhas interlocutoras de pesquisa utilizavam os termos, exemplo, "paciente'; 2) grafados com aspas simples indicam os termos sociojurídicos, por exemplo, "vulnerável'; 3) grafadas com aspas duplas são citações de textos. No entanto, será possível notar um trânsito de categorias entre as práticas médicas e jurídicas indicando, assim, a construção de uma tecnologia de gestão da deficiência intelectual.

4. Vale destacar que o Ambulatório de Violência Sexual é um serviço oferecido para mulheres com e sem deficiência e deficiência intelectual.

5. Para uma discussão mais aprofundada sobre a noção de atenção integral à saúde da mulher, ver: Osis (1994).

6. A estratégia em questão mereceria uma análise mais adensada. No entanto, diante das limitações de espaço, contento-me apenas em enunciar o que aqui exponho. Para mais, ver capítulos 2 e 3 da minha tese de doutorado (Simões, 2019).

7. A fim de preservar a identidade das meninas, mulheres e equipe do ambulatório, todos os nomes são fictícios.

8. Apenas para elucidar: MEN (idade da menarca), DUM (data da última menstruação), HS (história sexual), MED C (medicação em curso), REAC (reações alérgicas), TS (tentativa de suicídio), TEPT (transtorno de estresse pós-traumático).

9. Segundo definição do DSM-5, "aplica-se quando existe uma forte suposição de Retardo Mental,

mas o indivíduo não pode ser adequadamente testado pelos instrumentos habituais de medição da inteligência. Isto pode ocorrer no caso de crianças, adolescentes ou adultos que apresentam demasiado prejuízo ou falta de cooperação para serem testados, ou com bebês, quando existe um julgamento clínico de funcionamento intelectual significativamente abaixo da média". Para uma perspectiva ligada aos estudos sobre deficiência, ver: Autor (2014) e Lopes (2015).

10. Segundo a Associação Brasileira de Paralisia Cerebral (ABPC), a Paralisia Cerebral (PC) descreve um grupo de desordens do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações nas atividades. São atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorrem no cérebro em desenvolvimento. As desordens motoras da PC são geralmente acompanhadas por alterações na sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento, podendo também ser acompanhadas por crises convulsivas. (Associação Brasileira de Paralisia Cerebral – ABPC. Disponível em: http://www.paralisiacerebral.org.br/ saibamais06.php. Acesso em: 11 jun. 2017).

11. Benefício de Prestação Continuada – Lei Orgânica de Assistência Social (BPC-LOAS) – benefício assistencial em que a pessoa com deficiência tem direito ao recebimento de um salário mínimo mensal, de forma continuada, de acordo com os termos da Lei Federal nº 8.742, de 07/12/1993. Para uma discussão sobre os procedimentos de avaliação do BPC-LOAS, ver Diniz, Medeiros & Squinca (2007).

12. A normativa em questão é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

13. Em decisão contrária à ADPF 54, o Supremo Tribunal Federal descriminaliza a interrupção de gestação de feto anencéfalo. Ver: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.pdf

14. Para uma discussão mais aprofundada, ver capítulos 1 e 3 da minha tese de doutoramento (Simões, 2019)

15. Projeto de Lei do Senado nº 757/2015. O Projeto prevê a alteração da 'a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), e a Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), para dispor sobre a igualdade civil e o apoio às pessoas sem pleno discernimento ou que não puderem exprimir sua vontade, os limites da curatela, os efeitos e o procedimento da tomada de decisão apoiada'. Ou seja, uma nova revisão à Teoria de Incapacidades do Código Civil brasileiro.

16. Ver Arosi (2013), Coelho (2010), Fassin (2012, 2014), Fonseca e Maricato (2013), Sarti (2009, 2011, 2014)

17. Recentemente vimos manifestações raivosas sobre a ADPF 442, que propõe a descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação. A Professora Doutora Débora Diniz sofreu ataques físicos por ser uma defensora da descriminalização do aborto. Ver: https://www.conjur.com.br/2018-jul-30/stf-faz-audiencia-publica-aborto-dias-agosto e https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2018/07/antropologa-debora-diniz-e-ameacada-por-defender-aborto

Referências Bibliográficas

AROSI, Ana Paula. 2003. *Os usos da categoria vítima: o caso dos movimentos de familiares de vítimas de violência no Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro*. Intersecções: Revista de Estudos Interdisciplinares, ano 15, n. 2, p. 356-373.

BRASIL. 2002. *Código Civil Brasileiro nº 10.406*. Brasília: Diário Oficial.

BRASIL. 2015. *Lei Brasileira de Inclusão (Estatuto da Pessoa com Deficiência) nº 13*.146. Brasília: Diário Oficial.

COELHO, Maria Cláudia. 2010. *Narrativas da violência: a dimensão micropolítica das emoções.* Mana, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 265-285.

CORRÊA, Sonia. 2006. *Cruzando a linha vermelha: questões não resolvidas no debate sobre direitos sexuais*. Horizontes Antropológicos, Rio de Janeiro, v. 12, n. 26, p. 101-121.

DINIZ, Débora & MEDEIROS, Marcelo & PENALVA, Janaína. 2010. *O Benefício de Prestação Continuada no Supremo Tribunal Federal*. Sociedade e Estado, v. 25, n. 1, p. 53-70.

FASSIN, Didier. 2012. *Humanitarian Reason: a moral history of the present*. California: University of California Press.

FASSIN, Didier. 2014. *Compaixão e Repressão: a economia moral das Políticas de Imigração na França*. Ponto Urbe, São Paulo, n. 15, p. 1-26.

FONSECA, Claudia & MARICATO, Glaucia. *Criando Comunidades: emoção, reconhecimento e depoimento de sofrimento*. Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares, ano 15, n. 2, 2013.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. 2011. *Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 5, p. 1135-1141.

LOPES, Pedro. 2014. *Negociando deficiências: identidades e subjetividades entre pessoas com "deficiência intelectual"*. Dissertação [Mestrado em Antropologia Social]. IFCH/UNICAMP, Campinas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). 2007. *A declaração de óbito: documento necessário e importante*. Brasília: Ministério da Saúde.

NADAI, Larissa. 2018. *Entre pedaços, corpos, técnicas e vestígios: O Instituto Médico Legal e suas tramas*. Tese [Doutorado em Ciências Sociais]. IFCH/UNICAMP, Campinas.

OSIS, Maria José Martins Duarte. 1994. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção*. Dissertação [Mestrado em Antropologia Social]. IFCH/UNICAMP, Campinas.

SARTI, Cynthia. 2009. *Corpo, violência e saúde: a produção da vítima*. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, v. 1, p. 89-103.

SARTI, Cynthia. 2011. *A vítima como figura contemporânea*. Cadernos do CRH. Salvador, v. 24, p. 51-61.

SARTI, Cynthia. 2014. *A construção de figuras da violência: a vítima, a testemunha*. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 20, n. 2 . p. 77-105.

SIMÕES, Julian. 2014. *Assexuados, Libidinosos ou um Paradoxo Sexual? Gênero e sexualidade em pessoas com deficiência intelectual*. Dissertação [Mestrado em Antropologia Social]. IFCH/UNICAMP, Campinas.

SIMÕES, Julian. 2019. *Dos sujeitos de direitos, das políticas públicas e das gramáticas emocionais em situações de violência sexual contra mulheres com Deficiência Intelectual*. Tese [Doutorado em Ciências Sociais]. IFCH/UNICAMP, Campinas.

STRATHERN, Marilyn. 2014. *O efeito etnográfico e outros ensaios.* São Paulo: Cosacnaif.

Sobre gramáticas emocionais e violência sexual. Notas a partir de dois casos de interrupção legal de gestação realizados por mulheres com deficiência intelectual

Resumo: Neste artigo buscarei explicitar como as estratégias de acesso aos direitos sexuais e reprodutivas de mulheres com deficiência intelectual em situação de violência sexual são elaboradas por um idioma moral articulando dor, sofrimento e vitimização. A partir de uma pesquisa empírica realizada no Ambulatório de Violência Sexual de uma cidade do interior de SP, apresentarei dois casos de interrupção legal de gravidez. Um deles é realizado por uma garota de 13 anos e o outro por uma mulher de 27 anos, ambas com deficiência intelectual. O intuito é colocar em análise as técnicas de regulação e controle social operadas no entrecruzamento da prática médica e da prática jurídica. Também é objetivo refletir as ambiguidades e os paradoxos do reconhecimento de pessoas com deficiência intelectual como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos. Por fim, intentarei indicar que a vitimização expõe um processo ambivalente de garantia de direitos e de impossibilidade do exercício desses mesmos direitos.

Palavras-Chave: deficiência intelectual, violência sexual, interrupção legal de gestação; direitos sexuais e reprodutivos.

About emotional grammars and sexual violence. Notes from two cases of legal abortion performed on women with intellectual disability.

Abstract: In this article I will try to explain how the strategies of access to sexual and reproductive rights of women with intellectual disabilities in situations of sexual violence are developed as a moral language articulating pain, suffering and victimization. From an empirical research carried out at the Sexual Violence Ambulatory of a city in the state of São Paulo, I will present two cases of legal abortion. One is performed on a 13-year-old girl and the other on a 27-year-old woman, both with intellectual disabilities. The purpose is to analyze the techniques of regulation and social control operated in the intersection of medical practice and legal practice. It is also intended to reflect the ambiguities and paradoxes of the recognition of people with intellectual disabilities as subjects of sexual and reproductive rights. Finally, I will try to indicate that victimization exposes an ambivalent process of guaranteeing rights and the impossibility of exercising those rights.

Keywords: intellectual disability, sexual violence; legal abortion, sexual and reproductive rights.